

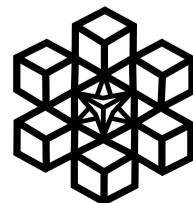
PIANETA ENZIMI

NEWSLETTER MENSILE CITOZEATEC DI BIODINAMICA CLINICA

A cura della Direzione scientifica Citozeatec

09
2017

Citozeatec[®]
INTEGRATORI BIODINAMICI



PIANETA ENZIMI

Attività mitocondriale e stress ossidativo

Alcologia: enzimi deputati alla metabolizzazione dell'etanolo

Dermatologia

Diabete e malattie metaboliche

Epatologia

Gastroenterologia

Infettivologia

Infezioni aerotrasmesse

Malattie neurologiche

Medicina interna

Medicina sportiva

Oncologia

Ostetricia e Ginecologia

Otorinolaringoiatria

Placche carotidee

Probiotici

Storia della Biodinamica

Tossicità da Metalli pesanti

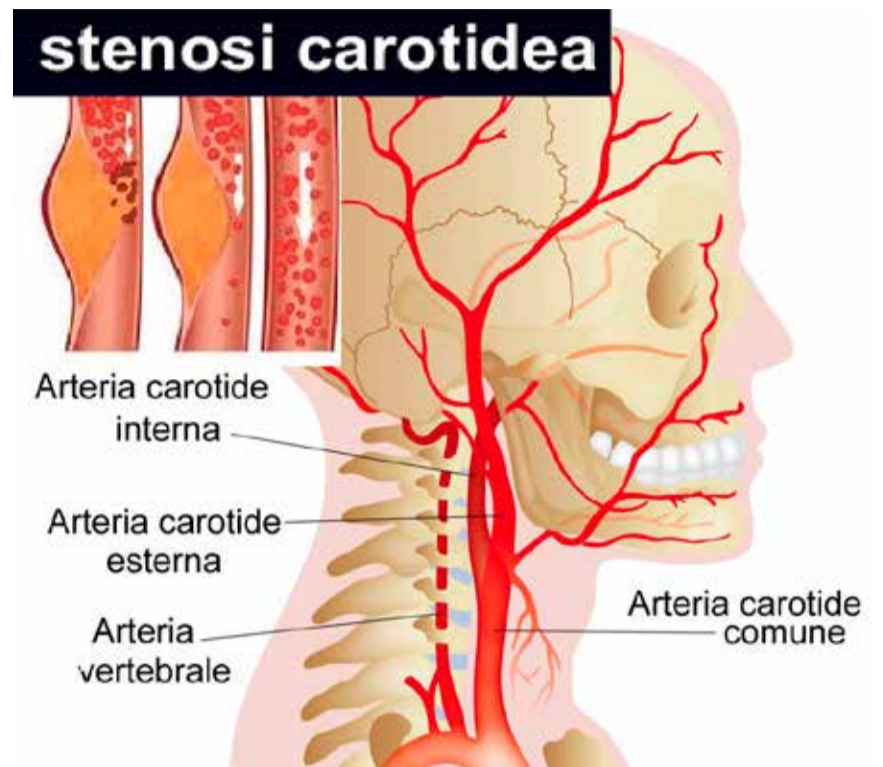
Veterinaria

Vulnologia

Stenosi carotidee La fondamentale ricerca di Citozeatec

L'ictus rappresenta la terza causa di morte dopo l'ischemia miocardica e le neoplasie e annualmente in Italia si registrano circa 200.000 casi (80% nuovi episodi e 20% recidive). L'ictus è più frequente dopo i 55 anni e la sua prevalenza raddoppia ad ogni decade

d'età; Il 10-20% dei soggetti colpiti da ictus cerebrale muore entro un mese e un altro 10% entro il primo anno. Solo il 25% dei pazienti sopravvissuti ad un ictus guarisce completamente; il 75% sopravvive con una varie forme di disabilità, nella metà dei casi tali da compromettere l'autosufficienza (l'ictus è la prima causa d'invalidità). La causa va ricercata nella presenza di stenosi carotidee, e l'aspetto subdolo è legato al fatto che il rischio di ictus per una stenosi carotidea asintomatica supera il 70%. Sinora non esistevano mezzi, se non chirurgici, per ridurre le stenosi delle arterie carotidi: per questo ritengo di fondamentale importanza che la Classe medica sia a conoscenza dei rivoluzionari risultati ottenuti utilizzando la Terapia Complementare Enzimatica, messa a punto dalla nostra Ricerca.



Citozeatec Srl

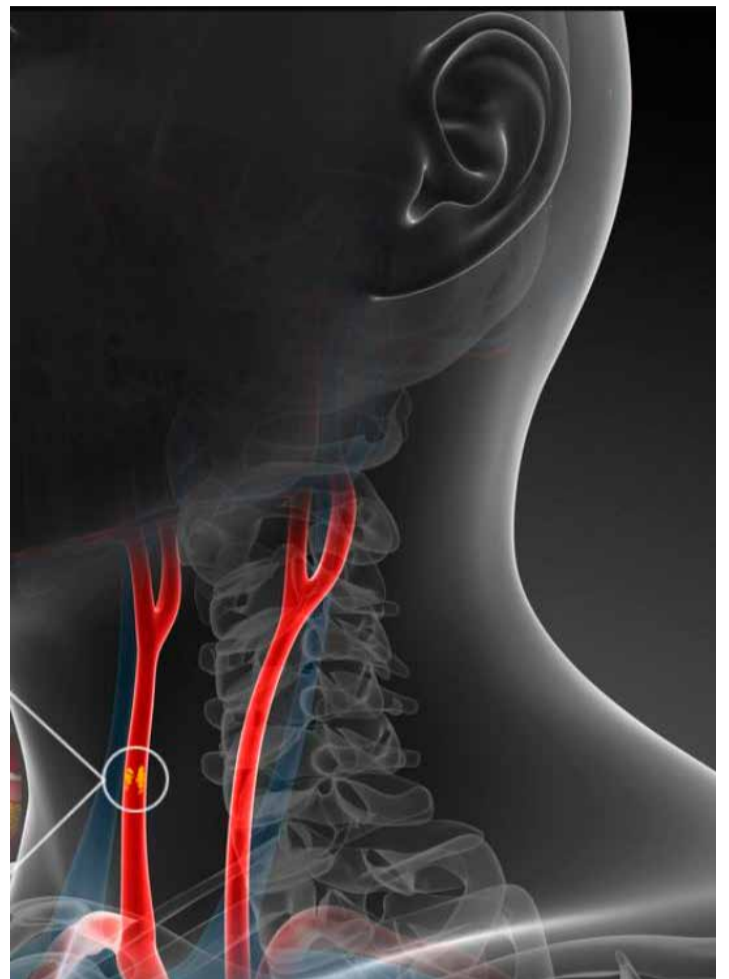
Direttore Ricerca & Sviluppo

Dott. Ing. Pasquale Ferorelli



Stenosi carotidee: dal tia allo stroke

La stenosi (“restringimento”) della carotide è una patologia a carico del sistema arterioso carotideo che comporta riduzione del calibro vasale e conseguente diminuzione del flusso ematico, da cui derivano carenza di ossigeno e nutrienti e sofferenza a livello di distretti cerebrali, faccia, occhi e compromissione funzionale degli arti innervati dalle aree di cervello colpite.



Il sistema arterioso carotideo è composto da:

- **Arterie carotidi comuni**, destra e sinistra.
- Due ramificazioni per carotide comune: **carotide interna ed esterna**.
- **Rami collaterali**, che derivano dalle carotidi interne ed esterne.

Il sistema carotideo irrori i distretti cerebrali e le aree della testa corrispondenti a faccia ed occhi. L'occlusione (che può essere parziale o totale), comporta fenomeno **ischemia** (riduzione di flusso ematico) a carico dei tessuti irrorati, con effetti importanti visto che i tessuti non ossigenati vanno incontro a morte cellulare (necrosi). Le occlusioni sono più frequenti nella carotide sinistra, che deriva direttamente dall'arco aortico, nel torace. Le lesioni cerebrali post-ischemiche sono più o meno gravi in funzione all'entità del restringimento carotideo e si manifestano generalmente a livello delle biforcazioni e all'origine dei rami collaterali delle carotidi. La stenosi carotidea predilige i soggetti di sesso maschile.



Fisiopatologia

La causa principale di stenosi carotidea è l'**aterosclerosi**, una forma di "arteriosclerosi", cioè indurimento delle pareti arteriose, in cui si verifica presenza nella parete di **ateromi**, cioè accumuli di colesterolo, trigliceridi e acidi grassi, sotto forma di placche di colore giallastro. L'insorgenza di ateromi è legata a ipertensione, obesità, dislipidemie, vita sedentaria, diabete, fumo di sigaretta e comunque è espressione di invecchiamento e di risposta infiammatoria iniziale, che richiama eritrociti e leucociti, il cui intervento origina la prima piccola placca. A livello dell'ateroma può formarsi un trombo, cioè una massa solida di cellule del sangue, dovuta al richiamo di piastrine e di fattori della coagulazione del sangue. Per azione del flusso ematico il trombo può sfaldarsi in parti più piccole, dette **emboli**, che possono raggiungere il cervello, provocando ulteriore ischemia e, nei casi più gravi, **ictus**.

Segni e sintomi

Il segno predittivo di stenosi carotidea è l'assenza delle pulsazioni del vaso, mentre il principale segno clinico è il **TIA (Attacco Ischemico Transitorio)**, così denominato poiché non dura più di 24 ore. Il TIA si verifica a livello cerebrale, facciale ed oculare e si manifesta con:

- **emiplegia** del lato opposto a quello della carotide occlusa.
(se è colpito l'emisfero destro riguarda gli arti del lato sinistro, e viceversa).
- **Difficoltà di linguaggio.**
- **Problemi visivi:** visione sdoppiata o annebbiata, cecità transitoria, con percezione di un velo nero o grigio (in tal caso l'occhio colpito è omolaterale, cioè nello stesso lato della carotide occlusa).
- **Deambulazione scoordinata.**
- **Paralisi facciale.**

Se i danni ischemici si protraggono fino a 3 giorni, si parla di **RIND (deficit neurologici ischemici reversibili)**, con sintomi analoghi a quelli del TIA. Se l'occlusione della carotide è grave si avrà **ictus ischemico ("stroke")**, con conseguenze non più transitorie: il paziente perde totalmente sensibilità, facoltà di movimento e funzioni controllate dalle aree non più ossigenate dal flusso sanguigno, con morte o invalidità.

Diagnosi

La semplice palpazione delle pulsazioni della carotide orienta alla diagnosi: l'assenza di pulsazione potrebbe indicare un'occlusione. Un test importante è il **segno della carotide**, utile a determinare quale delle due vie carotidiche è occlusa e che consiste nel comprimere alternativamente una delle due carotidi, interrompendo il flusso ematico dentro il vaso carotideo: se la carotide compressa è quella sana, dopo 10-30 secondi, il paziente presenta segni di malessere, con pallore e possibile perdita di coscienza, mentre se la carotide compressa è quella occlusa il paziente non manifesta sintomi, poiché l'altra compensa il minor afflusso.

Esami strumentali

Ecodoppler: esame non invasivo, utile per individuare la posizione della placca ateromasica e il grado di stenosi. **Angiografia digitale**: indagine accurata utile per valutare il grado di stenosi, consistente nell'iniettare un mezzo di contrasto iodato nella circolazione arteriosa, utilizzando un catetere che viene condotto nell'area da investigare e seguito mediante una strumentazione radiografica, che rileva la struttura interna della carotide. **Angiografia tomografica computerizzata** (angiografia CT), con scansione dell'area carotidea e immagini radiografiche, che riportano la struttura delle cavità vasali carotidiche (comporta iniezione di un

mezzo di contrasto iodato). **Angio-Risonanza magnetica**, che utilizza un mezzo di contrasto paramagnetico e che permette di valutare sede ed 'entità delle alterazioni del lume vasale.

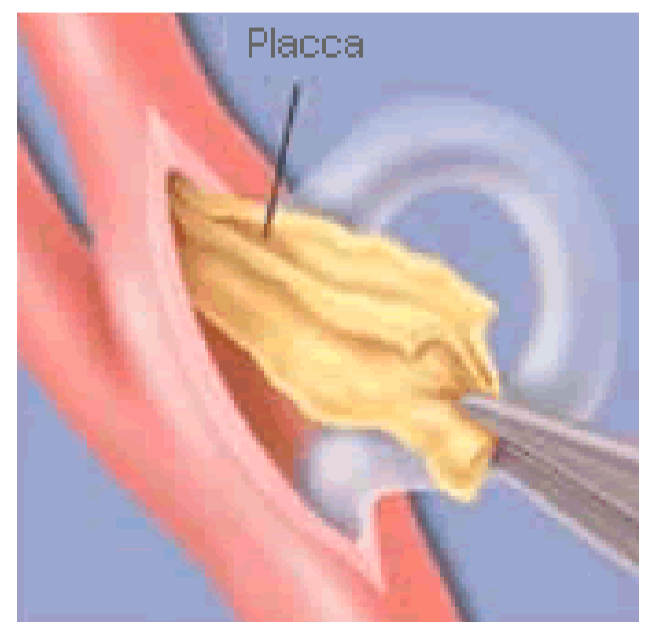
Terapia

La **terapia farmacologica** serve soltanto a migliorare i sintomi o a prevenire il peggioramento, ma non "cura" l'ateroma, né è in grado di ridurre la stenosi. Farmaci fluidificanti servono ad evitare la formazione o il peggioramento, di trombi presenti nelle aree interessate da ateromi:

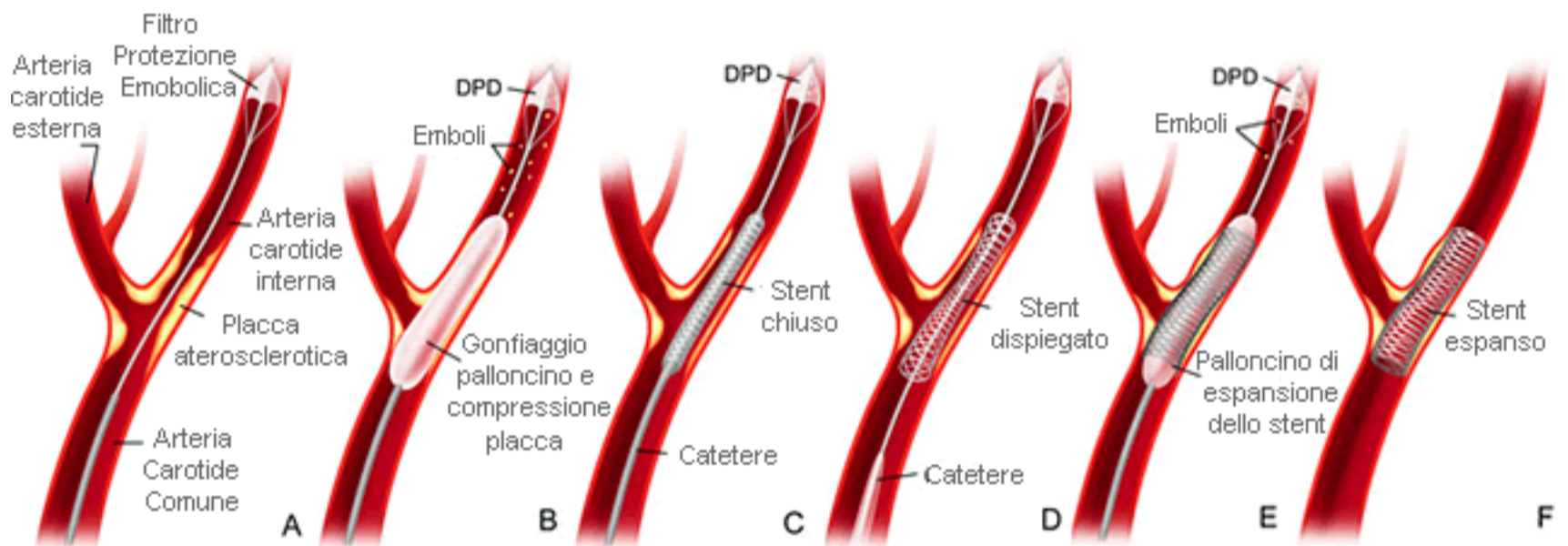
- **Antiaggreganti piastrinici:** il più noto è l'acido acetilsalicilico.
- **Anticoagulanti:** Coumadin
- **Antiateromasici e ipolipidemizzanti:** Fibrati e Statine
- **Antidiabetici e Antiipertensivi**
(diabete ed ipertensione sono èatologie associate al rischio di stenosi carotidea)

L'**intervento chirurgico** è l'unico approccio terapeutico che può ristabilire il normale flusso sanguigno all'interno di carotidi occluse.

- **Endoarteriectomia.** Che elimina la placca ateromasica e gli eventuali grumi e residui, legati rispettivamente a trombi ed emboli. Prevede la rimozione della tonaca intima e di parte di quella media, in cui è presente l'ateroma. Si pratica in anestesia locale con incisione diretta lungo la parte anteriore del collo.



- **Angioplastica e Stenting carotideo** Si pratica in anestesia locale utilizzando due cateteri uno dei quali è fornito di reticella metallica (**stent**) e l'altro di un **palloncino**. Raggiunto l'ateroma viene gonfiato il palloncino, che ristabilisce il normale diametro della carotide occlusa, e lo stent mantiene l'allargamento.



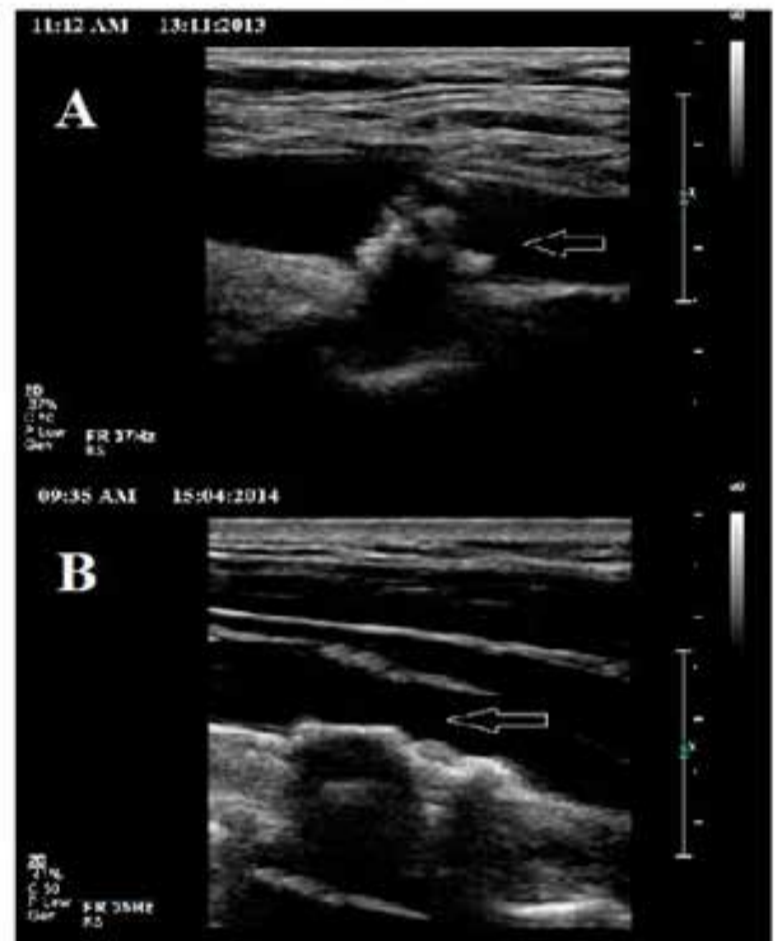
L'intervento chirurgico è indicato quando l'occlusione della carotide si estende a più del 70% del lume vasale o quando la sintomatologia comporti possibilità di di TIA, RIND o STROKE.



La Ricerca biodinamica Finalmente possibile la riduzione di stenosi carotidee

La correlazione fra infiammazione e stress ossidativo è ben nota e la grande novità consiste nella modulazione ottenibile attraverso l'impiego di preparati biodinamici, in grado di normalizzare per via enzimatica i "fattori di terreno", di questa come di altre patologie croniche degenerative. Per valutare l'efficacia clinica di una integrazione biodinamica, uno studio universitario italo-russo (pubblicato su rivista internazionale) prospettico, controllato e finalizzato a valutare la regressione della placca durante 5 mesi di integrazione con Citozym (CYZ) e Propulzym (PRZ), è stato condotto su 20 soggetti seguiti

con la tecnica Varotid Duplex Ultrasound. La diagnosi di presenza di placche era certa e la stenosi non inferiore al 40%. I risultati ecografici hanno evidenziato una riduzione della placca fino al 27%, suggerendo per la prima volta una concreta possibilità di intervento non invasivo di questa patologia.



Ultrasonografia dell'arteria carotidea del paziente n. 8 (R.O.) che mostra la presenza di una placca con ostruzione valutata intorno al 55%. B. Riduzione della placca di almeno il 27% dopo 150 giorni di trattamento con la combinazione di CYZ e PRZ

Publicazione scaricabile dal sito istituzionale:

<http://www.citozeatec.it/documentazione/ricerche-universitarie/781-stenosi-carotidee.html>

